

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del caso: _____

HISTORIAL BIO-PSICOSOCIAL

Favor de completar, la mayor parte posible, de este cuestionario antes de su Cita de Ingreso. Un especialista en cuidado o evaluador va a revisar este cuestionario con usted. Si no está seguro de como contestar una pregunta, va a tener ayuda durante su Cita de Ingreso. Es posible que muchas de las preguntas no sean apropiadas para el solicitante, por lo tanto no tiene que contestarlas.

No se preocupe o permita que le provoque tensión este cuestionario. Reconocemos que estamos haciendo muchas preguntas y es posible que usted haya contestado las mismas preguntas en otros lugares. Puede estar seguro que todas estas preguntas han sido seleccionadas con mucho cuidado y son muy importantes para hacer la evaluación y determinación de elegibilidad para servicios a través del "Alamo Area Council of Governments IDD Services" y "Health & Human Services Commission". Hemos tratado de que este cuestionario sea lo más simple posible, al mismo tiempo, que provea la información que necesitamos. Gracias anticipadas por tomar el tiempo para contestar estas preguntas en representación del solicitante.



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número del caso: _____

HISTORIAL BIO-PSICOSOCIAL

NOTAS DE IDD

PARA USO DE IDD SOLAMENTE

Nombre de la persona que necesita servicios: _____

Sexo Hombre
 Mujer

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Nombre de la persona que está llenando este cuestionario: _____

Relación/parentesco con el solicitante _____

Historial Social

Favor de marcar con quién reside el solicitante:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre y madre biológico | <input type="checkbox"/> Otros familiares | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre biológico y padrastro o madrastra | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Hogar de grupo |
| <input type="checkbox"/> Padres adoptivos | <input type="checkbox"/> Esposo o esposa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Padres de crianza | <input type="checkbox"/> Con amistades | |

¿Hay algo en estos arreglos de residencia que le preocupe a usted o al solicitante?

Sí No

Si responde que sí, usted va a tener la oportunidad de discutir los detalles en su Cita de Ingreso.

Familia biológica

Parentesco	Nombre	Vivo/muerto/no sé	
Padre			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Madre			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Hermano (a)			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Hermano (a)			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Hermano (a)			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Otras personas			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar

Si es necesario, puede usar el reverso de esta página

Número total de hijos/hijas que tuvo la madre biológica: _____

El solicitante es el hijo(a) número: _____

¿Existen estas condiciones en la familia biológica?

Sí No No sé

Favor de marcar las condiciones presentes que apliquen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/Retardo mental | <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno afectivo/Depresión/Bipolar | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Psicosis /Esquizofrenia / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno del Espectro Autista /(PDD)Trastorno Pervasivo del Desarrollo /Asperger |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Abuso de medicinas recetadas |
| | <input type="checkbox"/> No sé |

Salud

¿La madre del solicitante recibió tratamiento durante el embarazo?

Sí No No sé

Favor de marcar si la madre biológica estuvo expuesta a lo siguiente durante el embarazo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas ilegales | <input type="checkbox"/> Sustancias tóxicas |
| <input type="checkbox"/> Cigarillos de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> Inhaladores (pintura, pega) | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Medicinas sin receta | <input type="checkbox"/> Medicinas recetadas | |

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del caso: _____

Favor de marcar las condiciones presentes en este embarazo que apliquen:

- Normal Término completo
 Complicaciones médicas Complicaciones debido a la edad de la madre (antes de los 18 años o después de los 35 años)
 No sé

Favor de marcar las condiciones presentes durante el nacimiento del solicitante que apliquen:

- Nacimiento cerca de la fecha esperada Parto sin complicaciones Parto inducido
 Nacimiento 2 semanas antes de la fecha esperada Cesárea No sé
 Parto de emergencia porque el bebé tuvo complicaciones Parto de nalgas del bebé

Favor de marcar las condiciones presentes en el bebé recién nacido que apliquen

- Saludable Problemas de salud al nacer No sé
 El bebé necesito cirugía antes de salir del hospital El bebé tuvo problemas al respirar

Peso al nacer: _____ lbs _____ oz

El solicitante salio del hospital con su mamá después de _____ días.

El solicitante tuvo que quedarse en el hospital después de que su mamá salio del hospital.

¿Cuanto tiempo?

Tipos de tratamientos que el solicitante necesitó antes de salir del hospital. _____

Favor de marcar descripciones del primer año del solicitante, lo mejor que usted recuerde:

- Al principio tuvo un desarrollo normal, y entonces empezó a perder destrezas.
 Desarrollo normal de bebé y en la infancia -parecido a los otros niños en la familia
 Desarrollo normal en los primeros años-parecido a los otros niños en la familia Irritable
 No se sentó para los 8 meses Lloraba más que otros bebés
 No gateó para los 10 meses Difícil de calmar
 No caminó para los 15 meses Muchos problemas de salud
 Personas extrañas no podían entender su lenguaje a los 15 meses Problemas con la audición
 No usaba 2 palabras en una oración para los 2 años Problemas con la visión
 No se mantenía seco durante el día para los 3 1/2 años (se orinaba encima) Muy sensible al sonido o a la luz
 No leía palabras simples para los 6 años No sé

¿Cuando usted u otra persona comenzaron a preocuparse por el desarrollo del solicitante?

Favor de marcar las condiciones que han sido diagnosticadas formalmente en el solicitante

Condición	Edad	Diagnóstico hecho por
<input type="checkbox"/> Atraso en el desarrollo		
<input type="checkbox"/> Trastorno Pervasivo del Desarrollo(PDD)		
<input type="checkbox"/> Trastorno Asperger		
<input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno del Espectro Autista		
<input type="checkbox"/> Epilepsia		
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral (Cerebral Palsy)		
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		
<input type="checkbox"/> Otras:		
<input type="checkbox"/> Otras:		
<input type="checkbox"/> Otras:		

NOTAS DE IDD

PARA USO DE IDD SOLAMENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número del caso: _____

¿Usted tiene documentos con diagnósticos o condiciones médicas con la firma de un médico?

Sí No

En algún momento, el solicitante ha estado hospitalizado(a) por:

**NOTAS DE IDD
PARA USO DE IDD SOLAMENTE**

	Explicación	Edad
<input type="checkbox"/> Enfermedades serias		
<input type="checkbox"/> Cirugías		
<input type="checkbox"/> Trauma/heridas en la cabeza		
<input type="checkbox"/> Otras condiciones:		

Favor de proveer todas las medicinas que está tomando el solicitante:

Medicina	Razón

¿El solicitante tiene alergias? Sí No No sé

Tipo de alergias:

	Describa
<input type="checkbox"/> En el aire/de temporada	
<input type="checkbox"/> Alimentos/comidas	
<input type="checkbox"/> Medicinas	
<input type="checkbox"/> Otras	

Favor de describir al solicitante en estos momentos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Saludable | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en el baño |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud, pero, estable | <input type="checkbox"/> Habla en oraciones completas |
| <input type="checkbox"/> Muchos problemas de salud | <input type="checkbox"/> Habla en frases |
| <input type="checkbox"/> Camina sin ayuda | <input type="checkbox"/> Se comunica usando el lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar | <input type="checkbox"/> No habla, usa gestos |
| <input type="checkbox"/> Necesita sillón de ruedas | <input type="checkbox"/> No habla, ni usa gestos |
| <input type="checkbox"/> No necesita ayuda con sillón de ruedas | <input type="checkbox"/> Solamente habla inglés |
| <input type="checkbox"/> Usa sillón de ruedas eléctrico | <input type="checkbox"/> Solamente habla español |
| <input type="checkbox"/> Entrenado a usar el baño | <input type="checkbox"/> Solamente habla: _____ |
| Tiene descontrol en la evacuación o al orinar | Bilingüe en: _____ |

(Indique idioma)

Educación

Favor de marcar todos los que describen al solicitante.

- Antes de los 3 años, el solicitante (recibió o recibe) servicios en el Programa para la Intervención Temprana en la Niñez (ECI), Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla
- A los 3 años, el solicitante entró a la escuela pública al Programa para la Intervención Temprana (PPCD)
- El solicitante entró a la escuela pública o privada a la edad esperada (5 o 6 años)
- El solicitante estuvo en Educación Especial
- El solicitante está en Educación Especial en estos momentos

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del caso: _____

Favor de marcar las condiciones de elegibilidad para Educación Especial que el Distrito Escolar del solicitante ha identificado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa No categórico para la Niñez Temprana | <input type="checkbox"/> Impedimento de la visión |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Otros Impedimentos Médicos |
| <input type="checkbox"/> Trauma Cerebral | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica en el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de habla y lenguaje | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de audición | <input type="checkbox"/> Impedimentos Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista/ Autismo/ Trastorno Pervasivo del Desarrollo (PDD) | <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales |

NOTAS DE IDD
PARA USO DE IDD SOLAMENTE

Si el solicitante está en la escuela, ¿en que grado está? _____

	Si	No	No sé
¿El solicitante ha tenido una evaluación en el Distrito Escolar en este último año? ("Full and Individual Evaluation" o "Reevaluation Review")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted tiene copia? (Si tiene copia, favor de traerla a su cita).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para este próximo año, ¿el Distrito Escolar va a evaluar al solicitante? ("Full and Individual Evaluation" o "Reevaluation Review")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En algún momento, ¿el solicitante ha tenido una Evaluación Psicológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted tiene copia? (Si tiene copia, favor de traerla a su cita).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El solicitante ha participado en las Olimpiadas Especiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El solicitante se graduó de escuela superior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El solicitante tiene un certificado equivalente (GED) para escuela superior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividades diarias para solicitantes que ya no están en la escuela

Favor de marcar las actividades en las cuales el solicitante participa:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El solicitante tiene trabajo en este momento | <input type="checkbox"/> El solicitante se queda en la casa casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> A tiempo completo | <input type="checkbox"/> Se queda solo en la casa |
| <input type="checkbox"/> A tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Se queda en la casa con una persona que lo cuida |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en ambiente protegido | <input type="checkbox"/> El solicitante participa en un programa de actividades diarias o taller protegido. |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha tenido trabajo en el pasado | |

Historial de comportamiento/psiquiátrico/legal

Favor de marcar los servicios que el solicitante ha recibido:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha recibido consejería para sus problemas personales |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha recibido servicios de un Especialista en Comportamiento, Especialista en Autismo (ABA Therapist), o Psicólogo para sus comportamientos inapropiados. |
| <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En ambos |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha recibido servicios de un psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha sido tratado con medicinas psiquiátricas para manejar su comportamiento o problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha sido arrestado por las autoridades policíacas |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha estado en la cárcel |

